

SEPA-Lastschriftmandat



Zahlungsempfänger:

Altenhilfe-Einrichtung: **St. Hildegard, Emmelshausen**
Straße und Hausnummer: Rathausstr. 2
PLZ und Ort: 56281 Emmelshausen
Firma: cusanus Trägergesellschaft trier mbH
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000012941
Mandatsreferenz:

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Ich werde (wir werden) vom Zahlungsempfänger spätestens 7 Tage vor dem Lastschrifteinzug über Betrag und Fälligkeit informiert, soweit sich dies nicht bereits aus anderen Unterlagen (z.B. Rechnung) ergibt.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Vorname und Name:
Straße und Hausnummer:
PLZ und Ort:

Kreditinstitut (Name):

BIC: _____|____

IBAN: DE __|____|____|____|____|____

Bisher Kto. Nr.: BLZ:

Ort, Datum

Unterschrift/en

